

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
КОНТАКТА В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ
НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2011

АННОТАЦИЯ

Разработанные рекомендации представляют собой описание последовательных этапов для проведения оценки качества психотерапевтического контакта в процессе психотерапии.

В основе лежит использование двух экспериментально-психологических тестов и анкеты, разработанной авторами данных методических рекомендаций.

Оценка качества психотерапевтического контакта имеет значение при планировании, реализации и контроле качества индивидуальных психотерапевтических программ.

Данные методические рекомендации предназначены для использования врачами-психотерапевтами и медицинскими (клиническими) психологами в клинической практике, а также для проведения научных исследований.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

Авторы составители: сотрудники Отдела организации научных исследований, новых технологий и подготовки кадров с отделением внебольничной психотерапии — медицинский психолог И.В. Бубнова, медицинский психолог И.О. Павловский, руководитель Отдела, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Р.К. Назыров, научный сотрудник, кандидат медицинский наук М.Б. Ремесло, медицинский психолог А.С. Яковис.

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011

ВВЕДЕНИЕ

Дальнейшее развитие психотерапии предполагает создание более совершенных интегративных психотерапевтических программ для лечения больных с невротическими расстройствами, совмещающих в себе методические компоненты динамического, поведенческого и гуманистических подходов. Для решения подобных задач в истории современной психотерапии привлекались различные интегрирующие концепции, основанные на философских, методологических, мировоззренческих или технологических теориях, однако, при всем разнообразии концепций и подходов к психотерапии невротических расстройств, основные методы воздействия психотерапии реализуются через непосредственное взаимодействие врача-психотерапевта и пациента, что предполагает определенную связь между их личностями, определяемую как психотерапевтический контакт.

В настоящее время в современной психотерапии и медицинской психологии делаются попытки исследовать процесс психотерапии и аспекты взаимодействия врача и пациента с помощью экспериментально-психологических методов. Важнейшей задачей психотерапевта является создание устойчивых доверительных отношений с пациентом, реализующихся через психотерапевтический контакт, который можно определить как развитие взаимопонимания в процессе коммуникации между психотерапевтом и пациентом.

Понятие взаимопонимания можно определить как общность или согласованность представлений психотерапевта и пациента, что делает его более удобным для объективизации. В настоящее время исследования согласованности представлений пациента и психотерапевта о пациенте в клинике больных неврозами отсутствуют. Согласованность представлений определяется степенью сходства представлений психотерапевта и пациента о личности последнего в ее когнитивном, эмоциональном и поведенческом аспекте.

Применение различных методов психотерапии, представляющих собой преимущественно взаимодействие между личностями психотерапевта и пациента, позволяет предположить, что динамика личностных и симптоматических изменений в процессе психотерапии в определенной мере связана с согласованностью

представлений пациента и психотерапевта о пациенте и её динамикой в процессе психотерапии.

Анализ динамики согласованности представлений пациента и психотерапевта о личности последнего в результате применения экспериментально-психологического метода может стать важным прогнозирующим фактором клинической динамики психических расстройств вне частных теоретических описаний психотерапевтических методов.

Эти данные могут иметь значение для повышения эффективности деятельности психотерапевтических учреждений при проведении профилактических мероприятий, лечении и реабилитации.

В связи с теоретическим и прикладным значением указанных вопросов применение данных методических рекомендаций для оценки качества психотерапевтического контакта через изучение степени согласованности представлений врача-психотерапевта и пациента в процессе психотерапии невротических расстройств следует считать целесообразным в практической деятельности и научных исследованиях.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Оценка качества психотерапевтического контакта через согласованность представлений врача-психотерапевта и пациента, проходящего психотерапию по поводу невротического расстройства, производится на начальной стадии психотерапии (3–4 встреча) и на завершающей (после 10–15 встреч), что позволяет судить о качестве психотерапевтического контакта на этих двух стадиях отдельно и в динамике.

Выделяется семь вариантов качества психотерапевтического контакта: «терапевтический контакт», «неполный терапевтический контакт», «формальный контакт», «когнитивный контакт», «поведенческий контакт», «эмоциональный контакт» и «отсутствие контакта».

Процедура оценки качества психотерапевтического контакта включает в себя 2 этапа.

Первый этап предполагает определение наличия или отсутствия согласованности представлений врача-психотерапевта и пациента о личности последнего в начале или в конце лечения, а

так же в динамике. Второй этап — оценка психотерапевтического контакта в соответствии с выделенными вариантами качества контакта и последующая их интерпретация.

1 Этап. Определение наличия или отсутствия согласованности представлений врача-психотерапевта и пациента о личности последнего

Для определения согласованности используются 2 экспериментально-психологических теста и разработанная авторами данных методических рекомендаций анкета.

Как на начальной, так и на завершающей стадии психотерапии пациенту предлагается заполнить из вариант Гиссенского опросника «Я» (который пациент заполняет на себя), опросника «Способы копинга» Лазаруса и анкеты чувств. Психотерапевту на тех же стадиях предлагается заполнить вариант Гиссенского опросника «ОН» или «ОНА» (который заполняется на пациента в соответствии с его полом), список копингов из опросника «Способы копинга» Лазаруса и анкету чувств, идентичную анкете чувств пациента.

Перечисленные опросники и анкета психотерапевт заполняет на пациента, а пациент на себя.

На начальной стадии сопоставляются данные варианта Гиссенского опросника «Я», заполненного пациентом, данные варианта Гиссенского опросника «ОН»/«ОНА», заполненного психотерапевтом и определяется наличие или отсутствие согласованности представлений. Эта согласованность обозначается как когнитивная. Затем сопоставляются данные полученные по опроснику «Способы копинга» Лазаруса, заполненного пациентом со списком копингов, заполненным психотерапевтом. Определяется наличие или отсутствие совпадающих копингов, что говорит об отсутствии или наличии согласованности поведенческих представлений. Так же сопоставляются данные полученные по анкете «Список чувств» и определяется наличие или отсутствие эмоциональной согласованности.

Идентичная процедура производится на этапе завершения психотерапии.

Определение наличия когнитивной согласованности. Применяется Гиссенский личностный опросник, который учиты-

вает социальные установки и реакции личности, что делает его пригодным не только для исследования личности, но и для анализа социальных отношений, в особенности межличностных отношений в диаде «врач-пациент».

Гиссенский тест включает 3 варианта одних и тех же 40 биполярных утверждений («Я», «ОН», «ОНА»). Варианты ГТ предназначены для получения независимой характеристики испытуемого — сравнение данных самохарактеристики с независимой характеристикой расширяет.

Каждое утверждение Гиссенского теста оценивается по 7-балльной шкале. Выделяют 6 основных шкал:

1. Шкала социального одобрения.
2. Шкала доминантности.
3. Шкала контроля.
4. Шкала гипоманиакальности — депрессивности (шкала настроения).
5. Шкала открытости — замкнутости (доверчивости — недоверия).
6. Шкала социальных способностей.

Гиссенский личностный опросник заполняется пациентом (вариант «Я») и психотерапевтом (вариант «ОН» или «ОНА»).

Оценка представлений (когнитивный компонент) осуществляется при сравнении показателей (Т-баллов), полученных после заполнения опросника как пациентом, так и врачом-психотерапевтом.

Согласованностью считаются совпадения значений (Т-баллов), полученных пациентом и психотерапевтом как минимум по 4 шкалам Гиссенского теста, при этом разница значений (Т-баллов) должна быть не более 10 Т-баллов (без учета знака).

Определение наличия эмоциональной согласованности.

Применяется анкета «список чувств». В анкете предлагается список из 19 слов, обозначающих эмоциональные переживания, которые могут возникать у пациента в процессе психотерапии (см. Приложение 1). В бланке отмечается знаком «+» частота встречаемости каждого переживания пациента на конкретном этапе процесса психотерапии по градациям — «часто», «иногда», «никогда». Оценку эмоциональных переживаний осуществляет как сам больной, так и психотерапевт, указывая, какие, по его мнению, эмоциональные переживания испытывает пациент на конкретном этапе психотерапии.

Эмоциональной согласованностью считается более 9 совпадений по указанным чувствам, вне зависимости от градаций «часто — иногда — никогда».

Определения наличия поведенческой согласованности.

Применяется психодиагностический опросник «Способы копинга» Р. Лазаруса, направленный на исследование механизмов преодоления (копинга) стрессовых реакций. Опросник состоит из 50 утверждений, каждое из которых представляет определенный стандартный вариант поведения в трудной ситуации и в ситуациях фрустрации и характеризует механизмы совладания. Все указанные механизмы разделяются на 8 основных форм копинг-стратегий, соответствующих основным видам ситуационно-специфических копинг-стратегий:

Пациенту предлагался опросник из 50 утверждений, а психотерапевту, для оценки использования пациентом тех или иных копинг-стратегий предлагался список копинг-механизмов с кратким их описанием, где необходимо отметить частоту встречаемости каждой копинг-стратегии у конкретного пациента (см. Приложение 2).

Согласованностью считается совпадение доминирующих копингов у пациента (копинги, получившие по опроснику наибольший балл) с копингами, которые по мнению психотерапевта пациент использует наиболее «часто» (минимум один копинг-механизм).

2 этап. Оценка качества психотерапевтического контакта

Оценка качества психотерапевтического контакта требует учета трех аспектов согласованности представлений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах. Соответственно, выделены семь вариантов качества психотерапевтического контакта:

«Терапевтический контакт». Высокий уровень контакта, свидетельствующий о наличии согласованности представлений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах, т.е. о полном понимании психотерапевтом личности пациента.

Наличие «терапевтического контакта» свидетельствует о восприятии психотерапевтом представлений пациента о своей социальной репутации (привлекательности), о психосоциальных защитных формах поведения, о способности к сознательному и волевому регулированию собственного поведения, о преимущественном

эмоциональном фоне, об особенностях социального поведения (доверие — недоверие к окружающим), о социальных способностях и зрелости личности. Это сочетается с эмоциональной связью психотерапевта с пациентом, что говорит о том, что психотерапевт чувствует переживания пациента. Так же, наличие данного варианта контакта, свидетельствует о понимании психотерапевтом способов совладания пациента с трудными ситуациями, что дает ему возможность прогнозировать поведение пациента в психотерапии.

Если такой вид контакта выявляется на начальной стадии психотерапии, то это позволяет прогнозировать улучшение самооценки и волевых качеств личности. При наличии данного вида контакта желательно провести ретестирование на завершающей стадии психотерапии для оценки динамики психотерапевтического контакта.

Наличие данного вида контакта на завершающей стадии психотерапии имеет связь с эффективностью, выражающейся в симптоматическом улучшении, повышении социальной активности, повышением уровня самоуважения пациента, его общительности и импульсивности, а так же о повышении доверия к лечению.

«Неполный терапевтический контакт». Средний уровень контакта, в котором присутствует обязательное наличие эмоциональной согласованности представлений в сочетании с когнитивной или поведенческой согласованностью представлений. Этот вариант контакта говорит о достаточном понимании психотерапевтом пациента и свидетельствует о вероятности достижения «терапевтического контакта».

При интерпретации данного вида контакта, следует учитывать с какой согласованностью представлений (когнитивной или поведенческой) сочетается эмоциональная согласованность.

Если эмоциональная согласованность представлений сочетается с когнитивной, это свидетельствует не только о наличии эмоциональной связи психотерапевта с пациентом, но и о восприятии психотерапевтом представлений пациента о своей социальной репутации (привлекательности), о психосоциальных защитных формах поведения, о способности к сознательному и волевому регулированию собственного поведения, о преимущественном эмоциональном фоне, об особенностях социального поведения (доверие-недоверие к окружающим), о социальных способностях и зрелости личности.

Если эмоциональная согласованность представлений сочетается с поведенческой, это свидетельствует о наличии эмоциональной связи психотерапевта с пациентом и понимании психотерапевтом способов совладания пациента с трудными ситуациями, что дает ему возможность прогнозировать поведение пациента в психотерапии.

При интерпретации такого варианта контакта в связи с эффективностью важно учитывать отсутствие согласованности представлений. Если на начальном этапе психотерапии отсутствует когнитивная согласованность представлений, то можно прогнозировать такие изменения пациента, как снижение симптоматики, увеличение уровня самоуважения, увеличение социальной активности, общительности и импульсивности. Если на начальном этапе отсутствует поведенческая согласованность представлений, то можно прогнозировать только снижение симптоматики и увеличение социальной активности.

Если на завершающей стадии психотерапии отсутствует когнитивная согласованность представлений, то можно прогнозировать возможное увеличение самоконтроля пациента, что говорит о некоторой «зажатости» пациента, уменьшении импульсивности.

Отсутствие поведенческой согласованности представлений на завершающей стадии психотерапии не имеет связи с эффективностью.

«Формальный контакт». Сниженный уровень контакта, в котором присутствует когнитивная и поведенческая согласованность представлений, что указывает на интеллектуальное понимание психотерапевтом личности пациента, без эмоциональной связи с ним.

Если такой вид контакта выявляется на начальной стадии психотерапии, то это не позволяет прогнозировать эффективность психотерапии и желательно провести ретестирование на завершающей стадии психотерапии для оценки динамики психотерапевтического контакта.

Если такой вид контакта выявляется на завершающей стадии психотерапии, то это повышает вероятность симптоматического улучшения, повышении социальной активности пациента, его общительности и импульсивности, но в тоже время о снижении доверия к лечению.

«Эмоциональный контакт». Низкий уровень контакта, свидетельствующий о наличии только эмоциональной согласованно-

сти преставлений. Этот вариант контакта говорит о достаточном уровне эмпатии психотерапевта, обеспечивающей эмоциональную связь при отсутствии интеллектуального понимания.

Наличие этого вида психотерапевтического контакта на начальной стадии психотерапии является необходимым и достаточным, обеспечивающим эмоциональную связь с пациентом, «человеческое» понимание, что является благоприятным прогнозом для продолжения психотерапии, улучшает самораскрытие пациента. Это влияет на более глубокое понимание психотерапевтом пациента и служит прогнозом для создания «терапевтического контакта» на последующих стадиях психотерапии.

При наличии данного вида контакта желательно провести ретестирование на завершающей стадии психотерапии для оценки динамики психотерапевтического контакта.

«Когнитивный контакт». Низкий уровень контакта, свидетельствующий о наличии только когнитивной согласованности представлений. При оценке данного вида контакта желательно провести ретестирование на завершающей стадии психотерапии для оценки динамики психотерапевтического контакта. Наличие данного вида контакта на начальном этапе психотерапии не связано с эффективностью.

«Поведенческий контакт». Низкий уровень контакта, свидетельствующий о наличии только поведенческой согласованности представлений. При оценке данного вида контакта желательно провести ретестирование на завершающей стадии психотерапии для оценки динамики психотерапевтического контакта. Наличие данного вида контакта на начальном этапе психотерапии не связано с эффективностью.

«Отсутствие контакта». Отсутствие согласованности представлений во всех трех сферах. Этот вариант контакта говорит об отсутствии понимания психотерапевтом личности пациента.

При наличии данного вида контакта на начальной стадии психотерапии желательно провести ретестирование на последующих стадиях психотерапии для оценки динамики психотерапевтического контакта.

Наличие данного вида контакта на завершающей стадии является неблагоприятным и уменьшает вероятность эффективности психотерапии в целом.

Оценка динамики психотерапевтического контакта

Для оценки динамики психотерапевтического контакта так же выделены несколько показателей:

1. «Отсутствие динамики». Этот показатель означает неизменность качества психотерапевтического контакта в процессе психотерапии, то есть наличие одного и того же вида на начальной и завершающей стадии психотерапевтического лечения.

Самым благоприятным является наличие «терапевтического контакта», что позволяет судить о полном понимании пациента психотерапевтом, с учетом изменений представлений пациента о самом себе в процессе психотерапии. Менее благоприятным вариантом является наличие «неполного терапевтического контакта». Неизменность в процессе психотерапии остальных видов контакта является неблагоприятным с точки зрения динамики и эффективности.

2. «Положительная динамика». Этому показателю соответствует наличие любой из трех сфер согласованности представлений на завершающей стадии, при ее отсутствии на начальной стадии. Выделены два вида положительной динамики — «сильная» и «слабая».

О «сильной положительной динамике» свидетельствует наличие «терапевтического контакта» на завершающей стадии психотерапии, если на начальной стадии наблюдались следующие виды контакта: «эмоциональный контакт», «когнитивный контакт», «поведенческий контакт» или «отсутствие контакта». Данная динамика говорит об улучшении понимания личности пациента в процессе психотерапии.

О «слабой положительной динамике» можно говорить, если на завершающей стадии психотерапии наблюдается на одну согласованность представлений больше в сравнении с начальной стадией. Анализ этого вида динамики производится, исходя из интерпретации вариантов контакта на начальной и завершающей стадиях.

3. «Отрицательная динамика». Этому показателю соответствует наличие любой из трех сфер согласованности на начальной стадии при ее отсутствии на завершающей стадии. Это говорит о снижении качества психотерапевтического контакта в процессе психотерапии. Анализ этого вида динамики производится, исходя из интерпретации вариантов контакта на начальной и завершающей стадиях.

Анкета «список чувств»

Инструкция для пациента:

Перед Вами список слов, обозначающих **эмоциональные переживания**, которые могут возникать в процессе психотерапии. Обозначьте знаком «+» **частоту встречаемости каждого Вашего переживания** во время психотерапии, проводимой с Вами — «часто», «иногда», «никогда» в соответствующей графе.

Инструкция для психотерапевта:

Перед Вами список слов, обозначающих **эмоциональные переживания**, которые могут возникать у пациента в процессе психотерапии. Обозначьте знаком «+» **частоту встречаемости каждого переживания пациента** на данном этапе процесса психотерапии — «часто», «иногда», «никогда» в соответствующей графе.

	ЧАСТО	ИНОГДА	НИКОГДА
1. Интерес			
2. Волнение			
3. Радость			
4. Удивление			
5. Горе			
6. Гнев			
7. Страдание			
8. Ярость			
9. Страх			
10. Отвращение			
11. Стыд			
12. Вина			
13. Застенчивость (робость)			
14. Презрение			
15. Пренебрежение			
16. Тревожность			
17. Враждебность			
18. Любовь			
19. Депрессия			

Другие переживания:			

Приложение 2

Перед Вами список способов совладания с трудными ситуациями, которые могут присутствовать в поведении пациента. Обозначьте **частоту встречаемости каждого копинг-механизма в поведении пациента**, с Вашей точки зрения. *Каким копинг-механизмом пользуется пациент, оказавшись в трудной ситуации?*

	Описание копинг-механизма	никогда	редко	иногда	часто
1	Конфронтативный копинг — агрессивные усилия по изменению ситуации.				
2	Дистанцирование — когнитивные усилия, предназначенные для отделения от ситуации и уменьшения её значимости.				
3	Самоконтроль — усилия по регулированию своих чувств и действий				
4	Поиск социальной под-				

	держки — усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки.				
5	Принятие ответственности — признание своей роли в проблеме с сопутствующими попытками её решения.				
6	Избегание — мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные к избеганию проблемы.				
7	Планирование решения проблемы — произвольные проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к решению проблем.				
8	Положительная переоценка — усилия по созданию положительного значе-				

	ния затруднительной ситуации путём фокусирования на росте собственной личности (в том числе и религиозное изменение).				
--	---	--	--	--	--